

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE 

DOCUMENT CONFIDENTIEL

## 1 – VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

**Pour rappel :** Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS ou obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018
Diphtérie	Hépatite B *
Tétanos	Rubéole-Oreillons-Rougeole*
Poliomyélite	Coqueluche*
	Méningocoque C*
	Pneumocoque *
	Méningite Hib*
	Autres :

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication**

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / périscolaires ? OUI  NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

ALLERGIES ALIMENTAIRES\* : OUI  NON

HANDICAP\* : MOTEUR OUI  NON  si oui, précisez : .....

MENTAL OUI  NON  si oui, précisez : .....

\* S'il existe des **problèmes médicaux liés à l'alimentation** (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique ...) ou à des besoins spécifiques d'accueil, **un Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire** devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant. S'il existe un PAI, une copie de ce dernier est jointe afin de servir de base au PAI Périscolaire. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.

AUTRES ALLERGIES (médicamenteuses, etc.) OUI  NON

Précisez la cause et la réaction de l'allergie + joindre un certificat médical :

.....

Conduire à tenir :

.....

.....

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si **oui préciser** en indiquant les précautions à prendre.  OUI  NON (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### 3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

### AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

### 4 -REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? (Hors allergie) OUI  NON

Si oui, lequel ?

### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable N °1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL : .....

Responsable N °2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL PORTABLE : ..... TEL TRAVAIL : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

*Je soussigné(e), .....responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

J'autorise l'organisateur à :

- Avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt

- Récupérer mon enfant à la sortie d'une consultation ou d'un soin pratiqué dans un établissement ou chez un médecin si je n'ai pas les moyens d'être présent (ex : séjour).

Date :

Signature du responsable n°1

Signature du responsable n°2